

# 健康保険 限度額適用・標準負担額減額認定 申請書 記入の手引き

低所得者（住民税非課税等）に該当される方で入院や通院による1か月の医療費が自己負担限度額を超えそうな場合、窓口でのお支払いを一定の金額までとする認定証を交付します。

申請書は2ページです。漏れなく正確にご記入ください。

1/2ページ

2/2ページ

添付書類(※1)をご用意ください。

マイナンバーを利用した情報照会により、非課税情報を確認することも可能です。照会を希望しない場合は非課税証明書をご提出ください。

	収入証明書類		所得区分 (参考)
	マイナンバーを利用した 情報照会を希望する場合	マイナンバーを利用した 情報照会を希望しない場合	
市区町村民税非課税の方	不要(※2)	●被保険者の(非)課税証明書	低所得者(70歳未満) 低所得者II(70歳以上)
被保険者および被扶養者すべてが、収入から必要経費・控除額を引いた後の所得がない方	不要(※2)	●被保険者および被扶養者の(非)課税証明書	低所得者I(70歳以上)

☞所得区分については4ページの「低所得者について」をご確認ください。

以下は、当てはまる方のみご提出ください。

「限度額適用・標準負担額減額認定」の適用を受けることにより生活保護を必要としなくなる方	○「限度額適用・標準負担額減額認定該当」と記載された「保護却下通知書」もしくは「保護廃止決定通知書」
長期入院(申請月以前の1年間で90日を超えて入院)される方	○入院期間が記載されている領収書等、入院期間を証明する書類

※1)協会けんぽの処分決定後は、ご提出いただいた書類の返却はできません。

※2)マイナンバーを利用した情報照会を希望する場合でも、協会けんぽがマイナンバーを未収録である場合や、照会の結果、情報を取得できない場合は、添付書類の提出が必要になる場合があります。

次ページに記入例があります。➡

ご提出・お問い合わせ先

被保険者証に記載されている協会けんぽ都道府県支部に郵便でご送付ください。(窓口でも受け付けます)  
\*各支部の所在地・電話番号などは、協会けんぽホームページをご覧ください。



協会けんぽ

検索

# 記入例

## 限度額適用・標準負担額減額認定 申請書

- ・申請書は、楷書で枠内に丁寧に記入ください。 記入見本 0123456789アイウ
- ・生年月日、日付が一桁の場合は、左のマスを0で埋めてください。
- ・訂正される場合は、訂正箇所を二重線で抹消して、正しい内容をご記入ください。

**1** 被保険者証に記載されている記号と番号をご記入ください。  
※枝番は記入不要です。



**2** 療養する方の氏名（カタカナ）、生年月日をご記入ください。

**3** 療養する方が、長期入院された場合は申請書の2ページ目を必ずご記入ください。

**4** 自宅での受け取りができない場合などにご記入ください。不備等により書類をお返しする場合もこの送付先に送付します。

**5** マイナンバーを利用した情報照会を希望する場合は郵便番号をご記入ください。申請する月によってご記入いただく郵便番号が異なります。  
(例)  
令和4年8月～令和5年7月診療分：  
令和4年1月1日時点の  
住民票住所の郵便番号  
令和5年8月～令和6年7月診療分：  
令和5年1月1日時点の  
住民票住所の郵便番号

**6** マイナンバーを利用した情報照会を希望しない場合は、を入れ、以下の証明書類を添付してください。  
(例)  
令和4年8月診療分～  
令和5年7月診療分：  
令和4年度(令和3年中収入)の(非)課税証明書  
令和5年8月診療分～  
令和6年7月診療分：  
令和5年度(令和4年中収入)の(非)課税証明書

**7** 被保険者のマイナンバーは、**被保険者証の記号と番号が不明の場合のみ**ご記入ください。  
なお、被保険者のマイナンバーを記入した場合は、以下の添付書類が必要です(※1)。本人確認書類貼付台紙(※2)に、  
㊦ ㊧ の両方を貼付のうえ、申請書に添付してください。  
㊦ 身元確認を行うための書類(いずれか1点)  
・被保険者の個人番号カード(表面)のコピー、運転免許証のコピー、パスポートのコピー、その他官公署が発行する写真付き身分証明書のコピー  
㊧ 番号確認を行うための書類(いずれか1点)  
・被保険者の個人番号カード(裏面)のコピー、被保険者の個人番号が記載された住民票が住民票記載事項証明書(※1) 行政手続における特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律に定められています。  
(※2) 協会けんぽのホームページでダウンロードすることができます。

1 2 ページ 減

### 健康保険 限度額適用・標準負担額減額認定 申請書

市区町村民税非課税などの低所得者用

低所得(住民税非課税等)に該当される方が、入院等で医療費が自己負担限度額を超えそうな場合にご使用ください。なお、記入方法および添付書類等については「記入の手引き」をご確認ください。

被保険者情報	被保険者証 <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">21700023</span> <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">21</span> <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">1</span> <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">61</span> <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">01</span> <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">22</span>	生年月日 1. 昭和 2. 平成 3. 令和	氏名(カタカナ) キョウカイ タロウ <small>姓と名の間は1マス空けてご記入ください。濁点(・)は1字としてご記入ください。</small>
	氏名 協会 太郎		郵便番号 (ハイフン除く) 1050000
	電話番号 (左つめハイフン除く) 090XXXXXX		住所 東京 港区 1-1△△マンション101
認定対象者情報	氏名(カタ) <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">キョウカイ タロウ</span> <small>姓と名の間は1マス空けてご記入ください。濁点(・)は1字としてご記入ください。</small>		
	生年月日 <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">1</span> <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">61</span> <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">01</span> <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">22</span> 認定対象者は、長期入院されました。 <small>※長期入院とは、申請を行った月以前1年間に90日を超えて入院されていること。同一病室で連続して入院し、期間の入り間隔に限りなく連続する。</small>		
送付先情報	上記被保険者情報(記入)と住所と別の住所に送付を希望する場合にはご記入ください。 住所 <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">1020000</span> 東京 千代田区△△ 1-1 宛名 <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">株式会社〇〇〇〇 総務課〇〇△△</span> 電話番号 <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">090</span>		
申請代行情報	被保険者以外の方が申請する場合にご記入ください。 氏名 _____ 被保険者との関係 _____ 電話番号 _____ 申請代行の理由 _____ <small>1. 被保険者本人が入院中で外出できないため 2. その他</small>		
情報照会	被保険者 郵便番号 <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">1050000</span> <input checked="" type="checkbox"/> 希望しない <input type="checkbox"/> <small>マイナンバーを利用した情報照会を希望しない場合は、<input checked="" type="checkbox"/>を入れてください。希望しない場合は、必要な証明書類を添付してください。</small>		
備考	被保険者証の記号番号が不明の場合は、被保険者のマイナンバーをご記入(記入した場合は、本人確認書類等の添付が必要となります) <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">▶</span>		
社会保険労務士の提出代行者名記入欄	2ページ目に続きます。▶▶▶		
以下は、協会使用欄のため、記入しないでください。			
MN確認(被保険者) <input type="checkbox"/>	同時申請 <input type="checkbox"/>	1. 資格取得 <input type="checkbox"/>	1. 初診費負担額 <input type="checkbox"/>
2. 記入有(添付あり) <input type="checkbox"/>	2. 記入有(添付あり) <input type="checkbox"/>	2. 理由 <input type="checkbox"/>	2. 理由 <input type="checkbox"/>
3. 記入有(添付あり) <input type="checkbox"/>	3. 記入有(添付あり) <input type="checkbox"/>	3. 理由 <input type="checkbox"/>	3. 理由 <input type="checkbox"/>
添付書類 保護却下通知書 <input type="checkbox"/>	非課税証明 <input type="checkbox"/>	入院証明 <input type="checkbox"/>	1. 添付 <input type="checkbox"/>
1. 添付 <input type="checkbox"/>	2. 不備 <input type="checkbox"/>	2. 不備 <input type="checkbox"/>	2. 不備 <input type="checkbox"/>
23012201	その他 <input type="checkbox"/>	理由 <input type="checkbox"/>	枚数 <input type="text"/>
	1. その他 <input type="checkbox"/>	2. 処理費 <input type="checkbox"/>	

全国健康保険協会 協会けんぽ 1/2

健康保険 限度額適用・標準負担額減額認定 申請書

1ページ目の認定対象者欄「認定対象者は、長期入院されましたか。」の質問に対し、「1.はい」と回答された方のみご記入ください。

被保険者氏名 協会 太郎

このページは申請書の1ページ目の認定対象者欄「認定対象者は、長期入院されましたか」の質問に対し、「1.はい」と回答された方のみご記入ください。

申請月以前1年間の入院日数合計		92 日		※申請を行った月以前1年間の入院期間をご記入いただき、証明書類を添付してください。ただし、市区町村民税が課されていない期間の入院期間に限りです。	
申請を行った月以前1年間の入院期間(日数)		令和 04 年 08 月 01 日		から 令和 04 年 10 月 31 日 92 日	
①	入院した医療機関等	名称 ○○総合病院			
		所在地 新宿区 △△ 1-1			
申請を行った月以前1年間の入院期間(日数)		令和 年 月 日		から 令和 年 月 日 日	
②	入院した医療機関等	名称			
		所在地			
申請を行った月以前1年間の入院期間(日数)		令和 年 月 日		から 令和 年 月 日 日	
③	入院した医療機関等	名称			
		所在地			
申請を行った月以前1年間の入院期間(日数)		令和 年 月 日		から 令和 年 月 日 日	
④	入院した医療機関等	名称			
		所在地			
申請を行った月以前1年間の入院期間(日数)		令和 年 月 日		から 令和 年 月 日 日	
⑤	入院した医療機関等	名称			
		所在地			

2 3 0 2 2 2 0 1

# 限度額適用・標準負担額減額認定の概要

## 1 低所得者について

下記のいずれかに該当する場合は低所得者となり、自己負担限度額が軽減されます。

①低所得者（70歳未満） <sup>(※1)</sup>	・市区町村民税の非課税者である被保険者とその被扶養者 ・低所得者の適用を受けることにより生活保護を必要としない被保険者とその被扶養者
②低所得者Ⅱ（70歳以上） <sup>(※2)</sup>	・市区町村民税の非課税者である被保険者とその被扶養者 ・低所得者Ⅱの適用を受けることにより生活保護を必要としない被保険者とその被扶養者
③低所得者Ⅰ（70歳以上） <sup>(※2)</sup>	・被保険者および被扶養者すべてが、収入から必要経費・控除額を引いた後の所得がない場合の被保険者とその被扶養者 ・低所得者Ⅰの適用を受けることにより生活保護を必要としない被保険者とその被扶養者

(※1) 標準報酬月額53万円以上の方は、低所得者の適用にはなりません。

(※2) 標準報酬月額28万円以上で高齢受給者証の負担割合が3割の方は低所得者の適用となりません。

## 2 低所得者の高額療養費の自己負担限度額および入院時食事(生活)療養費の標準負担額

70歳未満の場合	高額療養費の自己負担限度額 <sup>(※1)</sup>		入院時食事(生活)療養費の標準負担額			
	多数該当 <sup>(※2)</sup>		入院時食事療養費(1食)		入院時生活療養費	
			長期入院 <sup>(※3)</sup>	食費(1食)	居住費(1日)	
①低所得者	35,400円	24,600円	210円	160円	210円	370円

70歳以上の場合	高額療養費の自己負担限度額 <sup>(※4)</sup>		入院時食事(生活)療養費の標準負担額			
	外来	外来+入院	入院時食事療養費(1食)		入院時生活療養費	
			長期入院 <sup>(※3)</sup>	食費(1食)	居住費(1日)	
②低所得者Ⅱ	8,000円	24,600円	210円	160円	210円	370円
③低所得者Ⅰ		15,000円	100円			

(※1) 医療機関等の窓口で支払った自己負担額について、①受診月ごと、②受診者ごと、③医療機関ごとに区分し、それらを更に、④内科と⑤歯科の別ごと、⑥入院と⑦外来の別ごと(調剤薬局での自己負担額は処方箋を発行した医療機関の自己負担額に含まれます。)という区分で見れば結果、1つの区分で21,000円以上に該当するものが複数あり、それらを合算して自己負担限度額を超える場合は、高額療養費支給申請書の提出が必要となります。

(※2) 診療月以前の1年間に、協会けんぽの被保険者として3回以上の高額療養費の支給を受けた(受けられる)場合は多数該当となり、4回目から自己負担限度額が軽減されます。

(※3) 申請を行った月以前の1年間で90日を超えて入院をされていた場合は、入院時食事療養費の標準負担額が軽減されます。

(※4) 受診月ごと、受診者ごとの自己負担額を合算して自己負担限度額を超える場合は、高額療養費支給申請書の提出が必要となります。

## 3 入院時食事(生活)療養費にかかる標準負担額の減額について

### ○入院時食事療養費

入院した場合の食事については、食事にかかる一部負担(食事療養標準負担額といいます。)をすることで、食事の提供を受けることができます。低所得者の方については、認定証を医療機関の窓口で提示することで、食事療養標準負担額が軽減されます。

### ○入院時生活療養費

65歳以上の方で、療養病床に入院する場合は、生活療養にかかる費用のうち一部負担(生活療養標準負担額といいます。)をすることで、食事や適切な療養環境の提供を受けることができます。低所得者の方については、認定証を医療機関の窓口で提示することで、生活療養標準負担額が軽減されます。

## 注意事項

### ○有効期間

・申請月の初日(健康保険加入月に申請された場合は資格取得日)から初めて到来する7月末日が有効期間となります。

### ○認定対象者について

・本申請書の認定対象者は上記「1 低所得者について」に該当する方が対象となります。